

## Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens

## Social support and mental health: concept, measures, recent studies as well as implications for clinicians

## Apoio social y salud mental: concepto, medidas, investigaciones recientes e implicaciones para los médicos clínicos.

## Apoio social e saúde mental: conceito, medidas, pesquisas recentes e implicações para clínicos

Jean Caron et Stéphane Guay

Volume 30, numéro 2, automne 2005

Le soutien social

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/012137ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/012137ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Caron, J. & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15–41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>

Résumé de l'article

Cet article vise dans un premier temps, à mieux situer le concept du soutien social dans le vaste champ des relations sociales. Les auteurs abordent ensuite des modèles théoriques permettant d'expliquer l'importance du soutien social pour le maintien de la santé mentale et leur implication dans le contexte de l'intervention, les différentes mesures du soutien social, leurs valeurs respectives et les principaux instruments qui ont été développés pour les appréhender. Des recherches récentes permettent par la suite d'illustrer les liens étroits entre la santé mentale et le soutien social identifiés dans les enquêtes populationnelles et cliniques. En conclusion, les auteurs présentent des interventions favorisant le développement du soutien social et formulent des recommandations à l'intention des cliniciens.



## **Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens**

---

Jean Caron\*

Stéphane Guay\*\*

Cet article vise dans un premier temps, à mieux situer le concept du soutien social dans le vaste champ des relations sociales. Les auteurs abordent ensuite des modèles théoriques permettant d'expliquer l'importance du soutien social pour le maintien de la santé mentale et leur implication dans le contexte de l'intervention, les différentes mesures du soutien social, leurs valeurs respectives et les principaux instruments qui ont été développés pour les appréhender. Des recherches récentes permettent par la suite d'illustrer les liens étroits entre la santé mentale et le soutien social identifiés dans les enquêtes populationnelles et cliniques. En conclusion, les auteurs présentent des interventions favorisant le développement du soutien social et formulent des recommandations à l'intention des cliniciens.

### **Historique, concept et mesures**

**L**e rôle des relations sociales et leur contribution au bien-être et à la santé fait l'objet de réflexions et d'études depuis plus d'un siècle. En 1897, Durkheim postulait déjà que les ruptures des liens sociaux produisaient des pertes en ressources sociales et un affaiblissement des normes et des rôles sociaux. Son étude sur le suicide montrait en effet sa plus grande prévalence chez les individus ayant moins de liens sociaux. Les premiers écologistes sociaux (Park et Burgess, 1926) constataient également une augmentation des problèmes comportementaux chez les populations déracinées. C'est cependant dans les décennies 1970-1980 que les études sur les relations entre les liens sociaux et la santé connaissent leur plus grand essor. À cette époque, plusieurs études signalent que les individus davantage intégrés dans leur communauté et dans la société de façon plus générale avaient une meilleure santé que les personnes isolées. Berkman et Syme (1985) démontrent alors que le taux de mortalité et de morbidité était de 2 à 5 fois supérieur chez les

---

\* Ph.D., Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Professeur agrégé, Département de psychiatrie, Université McGill.

\*\* Ph.D., Chercheur, Centre de recherche Fernand-Seguin.

personnes isolées socialement et ce, indépendamment de l'état de santé et des autres facteurs de risque. Des études spécifiques à la santé mentale mettent alors en évidence des liens importants entre la prévalence de la symptomatologie psychiatrique, sa sévérité et la qualité du soutien social disponible (Cohen et Wills, 1985 ; Kessler et McLeod, 1985 ; Biegel et al., 1984 ; Bell, 1981 ; Andrews et al., 1978 ; Caplan et Killilea, 1976).

Bien que le terme « soutien social » soit communément utilisé pour rendre compte du processus par lequel les relations sociales ont un effet bénéfique sur la santé et le bien-être, il importe de clarifier différents concepts permettant de rendre compte de la subtilité et de la complexité de ces relations et de mesurer de façon spécifique leur contribution. Nous abordons dans ce numéro de la revue, le soutien social de façon spécifique ; il s'avère donc important de distinguer le *réseau social personnel*, l'*intégration sociale* et le *soutien social*.

Le *réseau social personnel* constitue l'ensemble des liens sociaux stables qu'entretient un individu. Il peut être décrit structurellement en terme de taille (nombre de personnes dans ce réseau) et de densité (nombre de personnes interconnectées dans ce réseau/taille du réseau). Un des problèmes pour déterminer la taille ou la densité du réseau est d'établir des critères permettant de définir un lien social stable. Les liens peuvent être basés sur des aspects normatifs (occuper un rôle défini, tel être père, mère, voisin, etc.), affectifs (sentiments de proximité de la personne envers autrui) ou encore ils peuvent reposer sur des relations d'échanges (personnes avec lesquelles il existe une interaction régulière caractérisée par un échange de ressources). D'autres mesures du réseau ont été développées (composantes, dispersion, proximité, cliques, etc.) et des critères spécifiques permettent d'en rendre compte (Brisette et al., 2000).

L'*intégration sociale* provient à l'origine des travaux de Durkheim (1897) et réfère au degré avec lequel un individu participe dans le vaste champ des relations sociales. Différentes mesures se sont développées afin de saisir ce concept multidimensionnel. L'intégration peut se mesurer par le nombre de rôles socialement reconnus qu'occupe l'individu (parent, étudiant, voisin, ami, etc.), par la fréquence de ses activités sociales (participation sociale) et, également, par sa propre perception de son intégration sociale et communautaire (Brisette et al., 2000).

Le soutien social renvoie, quant à lui, à la dispensation ou à l'échange de ressources émotionnelles, instrumentales ou d'informations par des non-professionnels, dans le contexte d'une réponse à la

perception que les autres en ont besoin. Il s'actualise lors des interactions avec les membres du réseau social ou encore lors de la participation à des groupes sociaux (Cohen et al., 2000).

Alors que les premières études empiriques sur le soutien social avaient tendance à traiter ce concept comme un construit unidimensionnel, les études récentes tentent d'en décrire ses composantes et d'évaluer leurs contributions respectives sur différentes mesures associées à la santé mentale. La contribution de Weiss (1973) est particulièrement intéressante afin de comprendre l'importance des relations sociales dans le maintien de l'équilibre chez l'être humain. Il décrit cinq fonctions essentielles qui découlent de ces relations afin d'assurer l'équilibre : le soutien émotionnel, l'intégration sociale, l'occasion de se sentir utile et nécessaire, la confirmation de sa valeur et l'acquisition d'aide concrète et matérielle. L'intégration émotionnelle implique la possibilité d'exprimer des émotions et d'obtenir du feedback. Elle se produit lors de relations intimes et stables, comme c'est le cas avec un conjoint, un membre de la famille ou de bons amis. L'intégration sociale s'accomplit lorsque les partenaires partagent leurs préoccupations par un échange d'idées et d'informations sur des situations qu'ils ont en commun ou des objectifs qu'ils poursuivent mutuellement, ce qui leur permet de dégager une vision commune de l'expérience et de dégager des repères normatifs. Ce type de relation se rencontre entre collègues et amis.

L'occasion de se sentir utile en contribuant au bien-être de quelqu'un permet de développer un sentiment d'être nécessaire. Il est typique des relations parents-enfants, mais il se rencontre également dans plusieurs autres relations sociales. La confirmation de sa valeur provient des relations qui confirment la compétence à assumer correctement un rôle donné. Il peut s'agir d'un rôle familial ou d'un rôle en milieu de travail. L'aide concrète et matérielle peut provenir d'une variété de relations dans des circonstances qui nécessitent une assistance urgente, mais elle est plus typique, et provient habituellement des relations de voisinage et de la parenté.

Plusieurs auteurs ont élaboré des modèles théoriques multidimensionnels du soutien social (Cohen et al., 1985 ; Shaeffer et al., 1981 ; Cobb, 1979 ; Kahn, 1979 ; Weiss, 1974). Après avoir étudié ces différents modèles, Cutrona et Russell (1990) en arrivent à dégager cinq dimensions communes : le soutien émotif, l'intégration sociale « *companionship* », le soutien de valorisation personnelle « *self-esteem support* », l'aide tangible (instrumentale et matérielle) et le soutien informatif, permettant la résolution de problèmes. Ces auteurs ajoutent une

dimension supplémentaire qui leur apparaît très importante, soit celle de se sentir utile et nécessaire, telle que proposée par Weiss (1973). Plusieurs études ont permis de vérifier empiriquement l'indépendance de composantes du soutien (Brookings et Bolton, 1988; Cutrona et Russel, 1987; Vaux et al., 1987)

### **Importance du soutien social pour le maintien de la santé mentale**

Le soutien social est considéré par plusieurs auteurs comme une variable tampon produisant un effet protecteur contre les effets du stress, prévenant ainsi le développement d'une symptomatologie (*stress buffering model*) (Cutrona et Russell, 1990; Cohen et Wills, 1985; Cobb, 1976), alors que d'autres le considèrent comme une variable plus fondamentale à l'adaptation, ayant un effet direct sur la santé et le bien-être, et ce indépendamment des conditions de stress (Caron, 1996a; Cooke, 1986; Thoits, 1983; Cassel, 1976). Bien que ces deux modèles soient les plus fréquemment utilisés pour rendre compte des effets du soutien social sur la santé, il existe toute une panoplie d'explications théoriques et de perspectives issues de différentes disciplines et qui sont recensées par Lakey et Cohen (2000).

### **Modèle des effets directs**

Selon ce modèle, le soutien social aurait un effet direct et positif sur la santé et ce, de diverses façons. Le réseau social permettrait d'offrir des expériences positives régulières et un ensemble de relations sociales stables et renforçantes. Ce type de soutien, en permettant l'obtention d'affects positifs, de stabilité et de sécurité, favoriserait un sentiment général de bien-être (Cassel, 1976; Thoits, 1985). Il permettrait également la reconnaissance de la valeur personnelle et contribuerait ainsi à favoriser l'estime de soi (Lakey et Cassady, 1990; Sarason et al., 1990). Ces états psychologiques positifs seraient bénéfiques pour la santé de l'individu. Ils favoriseraient de plus les mécanismes de régulation du système endocrinien. Ils influenceraient également l'adoption de comportements sains et le désir de prendre soin de soi (Cohen et Syme, 1985). Le soutien social aurait donc un impact sur la santé et ce, indépendamment du stress.

Plusieurs auteurs, adoptant une perspective évolutionniste, attribuent les effets bénéfiques du soutien social au fait que ceux-ci comblent des besoins biologiques de base (ayant une valeur adaptative), les individus isolés ayant eu un taux de survie et de reproduction moindre (Buss, 1996; Baumeister et Leary, 1995; Leary et Downs, 1995). Dans sa théorie écologique d'accession et de préservation des

ressources, Caron (1996a) postule que l'être humain, bien que possédant des caractéristiques qui lui sont propres et qui ont été façonnées par des milliers d'années d'évolution, partage avec les autres espèces une caractéristique fondamentale : il est avant tout un être vivant. Comme être vivant, — afin de préserver son intégrité biologique, se développer et se reproduire — il doit s'assurer l'accès à un certain nombre de ressources qui sont par ailleurs limitées dans des contextes spatiaux et temporels définis. À l'instar de beaucoup d'espèces sociales, son accès aux nécessités de la vie est médié par un système social complexe reposant sur un équilibre entre deux forces opposées : la coopération et la compétition. La problématique de l'être humain est donc la problématique des espèces sociales. Il doit, pour survivre, se développer et assurer son bien-être, trouver une niche écologique dans ses écosystèmes et être en mesure de réaliser les rôles lui permettant d'avoir accès aux ressources sociales et matérielles dans quatre écosystèmes : la famille, l'école ou le travail, et les activités de loisirs, lesquelles sont englobées dans l'écosystème communautaire.

Enfin, la qualité de ces écosystèmes est affectée par des conditions économiques, culturelles, politiques et physiques. Selon ce modèle, les difficultés d'adaptation de l'être humain apparaissent en relation avec le stress psychologique. Les symptômes, qui peuvent être transitoires ou devenir psychopathologiques, proviendraient de l'incapacité d'accéder aux ressources matérielles et socio-affectives des écosystèmes ou de les préserver. Plusieurs facteurs peuvent alors être en cause, seuls ou en interaction, soient : 1. la pauvreté en ressources des écosystèmes ; 2. les perturbations, dans les écosystèmes, qui entraînent des pertes en ressources (en accord avec la théorie de conservation des ressources de Hobfoll (1989) ou encore qui empêchent l'accessibilité aux ressources de façon temporaire ; 3. l'incapacité à produire les compétences instrumentales ou cognitives nécessaires à l'accomplissement des rôles attendus dans les écosystèmes ; 4. les prédispositions biologiques qui rendent l'individu plus sensible à l'effet du stress généré dans ses efforts d'exploitation des ressources ; 5. les incapacités physiques permanentes ou transitoires qui limitent l'accès aux ressources. Les ressources sociales apparaissent donc, au même titre que les ressources matérielles, comme une nécessité de la vie qui contribue à l'équilibre bio-psycho-social de l'individu, à son développement et à son bien-être.

### **Modèle d'atténuation du stress (*stress buffering model*)**

Les tenants de ce modèle suggèrent que les effets bénéfiques du soutien social sur la santé apparaissent surtout en situation de stress. Le

soutien social jouerait alors un rôle médiateur dans la relation entre l'événement stressant et la santé et ce, de trois façons différentes (Kaplan et al., 1993; Cohen et Wills, 1985). Premièrement, il agirait positivement sur les perceptions qu'a l'individu de son environnement, notamment sur la croyance que les autres peuvent et vont fournir les ressources nécessaires pour l'aider, et sur la perception de sa capacité à faire face aux différentes conséquences des événements stressants. Deuxièmement, le soutien social pourrait avoir un impact positif en agissant au niveau de la réponse émotive liée à l'événement stressant et sur l'évaluation de ses conséquences. Le soutien des proches atténuerait l'impact du stress en offrant des solutions aux problèmes de l'individu, en réduisant l'importance perçue de l'événement stressant, en facilitant l'adoption de cognitions rationnelles et en prévenant ou diminuant les réponses comportementales inadaptées. Troisièmement, il agirait directement au niveau des processus physiologiques, rendant ainsi les individus moins réactifs au stress perçu (Cohen et Wills, 1985).

Cutrona et Russell (1990) ont élaboré un modèle théorique selon lequel il existerait un accouplement optimal entre les événements stressants et le besoin de types de soutien spécifiques. Leur modèle précise le rôle du soutien social dans la théorie, plus générale, des effets du stress en relation avec les événements de vie et la capacité de les gérer (« *coping* »), développée par Lazarus et Folkman (1984). Selon ce modèle, la désirabilité de l'événement de vie, la capacité d'exercer un contrôle sur celui-ci et le domaine de vie dans lequel il se produit (les biens matériels, les relations, les réalisations, les rôles sociaux) sont des caractéristiques des événements de vie qui déterminent les contraintes, les défis et les besoins. Ceux-ci détermineront à leur tour le type de soutien spécifique facilitant le maintien d'un bon état de santé. La capacité d'exercer un contrôle sur les événements aurait la plus grande influence sur les besoins de soutiens sociaux. Ce modèle prédit que les événements incontrôlables produisent des chocs émotionnels chez les individus qui les subissent, entraînant chez eux un besoin élevé de soutien émotionnel du type réconfort, qui favoriserait alors le sentiment d'être aimé. De plus, comme les événements incontrôlables impliquent souvent des pertes ou des blessures relatives à des dimensions valorisées dans un domaine de vie, ces auteurs prédisent que la perte nécessiterait un soutien de nature à remplacer ce qui a été perdu (par exemple, le chômage accentuerait les besoins en soutien matériel et en intégration sociale). Quant aux événements plus contrôlables, ils nécessiteraient un haut niveau de soutien instrumental permettant alors de prévenir et de résoudre des problèmes. L'information, les conseils, les rétroactions sur des stratégies, le soutien qui favorise la valorisation des capacités

seraient, pour les événements plus contrôlables, les types de soutien les plus appropriés. Cutrona et Russell (1990) ont vérifié leur modèle théorique au moyen d'une méta-analyse appliquée à des données empiriques issues de plusieurs études indépendantes portant sur la santé mentale, utilisant des méthodologies différentes et s'intéressant à des populations variées. De façon générale, les prédictions effectuées sur les événements incontrôlables se sont montrées meilleures que celles effectuées sur les événements contrôlables.

### **Des modèles vraisemblablement complémentaires**

Le débat théorique sur les effets du soutien social n'est certes pas résolu, mais les deux modèles semblent se compléter. Il est difficile d'imaginer le développement humain sans la présence de personnes significatives dans son environnement pour favoriser sa croissance et son bien-être. Aussi, l'assistance du réseau social en période de stress peut s'avérer déterminante pour le maintien ou le rétablissement de l'équilibre.

### **L'apport de l'analyse du soutien social à la pratique clinique**

L'intégration de stratégies visant à évaluer et améliorer le soutien social des individus aux prises avec un problème de santé mentale peut s'avérer bénéfique dans le cadre d'un traitement. Notamment, il peut apporter au clinicien un éclairage sur le contexte conjugal, familial et social dans lequel l'individu évolue et identifier les composantes du soutien qui sont déficitaires et celles qui sont adéquates. Ces connaissances permettent au clinicien d'identifier les besoins sociaux du client et de le soutenir dans les stratégies qui lui conviennent le mieux. Plusieurs instruments s'offrent donc aux cliniciens et la prochaine section aborde les principaux types de mesures qui ont été utilisés dans le cadre des recherches antérieures.

### **Mesures d'évaluation du soutien social**

Dans la majorité des études, les chercheurs utilisent des questionnaires auto-administrés ou administrés sous forme d'entrevues pour mesurer la perception du soutien social reçu, la satisfaction envers ce dernier (Sarason et al., 1983), la disponibilité du soutien (Caron, 1996b ; Cutrona et Russell, 1987) ou encore les comportements de soutien des proches (Ullman, 2000). Néanmoins, ils permettent uniquement de produire une évaluation des perceptions du répondant et non pas de mesurer les comportements réels de soutien. Des mesures d'observation des comportements de soutien existent (Pash et Bradbury, 1998 ; Cutrona et Suhr, 1992), mais demeurent peu utilisées.



Il convient tout d'abord de distinguer trois types de mesure du soutien social perçu : la perception du soutien reçu, la perception de sa disponibilité « *availability* » et enfin la satisfaction du soutien « *adequacy* ». Ces mesures sont distinctes, car la corrélation entre le soutien reçu et la disponibilité du soutien n'est pas toujours très élevée (Mermelstein et al., 1986). Alors que la majorité des études rapportent un effet protecteur de la disponibilité du soutien, certaines études constatent un lien positif entre la perception du soutien reçu et les symptômes de détresse psychologique (Barrera et al., 1993 ; Helgeson, 1993). Les mesures du soutien reçu pourraient alors refléter le besoin de soutien chez les personnes en détresse.

La plupart des études épidémiologiques montrent que les mesures de disponibilité du soutien sont celles qui prédisent le mieux les effets positifs entre le soutien social et la santé. Wills et Shinar (2000) recommandent leur utilisation lorsqu'un choix de mesure est contraint par le temps d'administration, car les mesures de satisfaction du soutien ne se sont pas toujours montrées consistantes.

De nombreux instruments ont été développés afin de mesurer le soutien social. Nous invitons les lecteurs à consulter Wills et Shinar (2000), qui font une revue exhaustive de la plupart de ces instruments (perception du soutien reçu, disponibilité du soutien), en présentant leurs avantages, désavantages et leurs propriétés psychométriques.

Tel qu'indiqué en introduction, le soutien social est un construit multidimensionnel et les recherches empiriques lui ont identifié cinq fonctions distinctes : le soutien émotif, l'intégration sociale, le soutien de valorisation personnelle, l'aide tangible (instrumentale et matérielle) et le soutien informatif. Il existe des échelles qui ne mesurent qu'une ou deux dimensions du soutien, et la plupart de celles-ci incluent soit le soutien émotif, le soutien instrumental, ou le soutien informatif (Procidano et Heller, 1983 ; Sarason et al., 1983 ; Henderson et al., 1980).

À l'heure actuelle, l'évolution de la recherche sur le soutien social invite les chercheurs à tenter d'identifier des fonctions spécifiques du soutien social comme facteur de protection ou de rétablissement auprès de populations spécifiques, étant aux prises avec des problématiques spécifiques. Nous croyons qu'il est préférable d'utiliser, dans la plupart des contextes, un instrument mesurant l'ensemble des dimensions. Les instruments multidimensionnels les plus complets et les plus couramment utilisés pour mesurer la perception de disponibilité du soutien sont l'*Interpersonal Support Evaluation List* de Cohen et Hoberman (1983), le *Social Support Behavior Scale* de Vaux et Harrison (1985) et le *Social*

*Provisions Scale* de Cutrona et Russell (1987). Ces instruments ne mesurent toutefois pas la provenance du soutien. L'*Arizona Social Support Interview Schedule* de Barrera (1981) et le *UCLA Social Support Interview* de Dunkel-Schetter et Bennett (1990), en plus de mesurer les différentes dimensions du soutien, permettent d'en déterminer la source (amis, parents, etc.). Un des problèmes auxquels sont confrontés les chercheurs et les cliniciens, en milieu francophone, est la disponibilité des instruments validés en langue française. Il existe actuellement un certain nombre d'instruments ayant subi une validation transculturelle en langue française. L'Échelle de provisions sociales, *Social Provisions Scale* de Cutrona et Russell (1987), a été traduite et adaptée par Caron (1996b). Une nouvelle version de cette échelle a été élaborée de façon à inclure la provenance des sources du soutien (Caron et al., 2002). D'autres instruments ont été traduits et validés en français. Mentionnons le *Social Support Questionnaire* de Sarason et al. (1983), validé en français par de Man et al. (1986), et l'*Interpersonal Relationships Inventory* de Tilden et Galyen (1987), par Ricard et Fortin (1993). Signalons également qu'une nouvelle échelle, développée au Québec par Guay et al. (2003), le *Questionnaire mesurant le soutien social en situation d'anxiété*, a été validée récemment par St-Jean-Trudel et al. (2005).

### **Recherches établissant des liens entre le soutien social et la santé mentale**

Cette section présente des recherches mettant en lien le soutien social et la santé mentale. Il ne s'agit pas d'une recension exhaustive de toutes les recherches, mais plutôt d'une sélection représentative des connaissances des liens identifiés chez la population générale, les populations pauvres et diverses populations cliniques souffrant de dépression, de troubles anxieux ou de schizophrénie.

### **Les enquêtes populationnelles**

Les résultats de la dernière Enquête sociale et de santé réalisée au Québec en 1998 indiquent que 20 % des Québécois se classent au niveau faible de soutien social (Julien et al., 2000). Or, un niveau faible de soutien social est clairement associé à un niveau plus élevé de détresse psychologique et à des proportions plus importantes de personnes ayant présenté des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, comparativement aux individus qui se situent au niveau élevé de l'indice (Julien et al., 2000). Les résultats de la récente Enquête sur la santé des collectivités canadiennes 1.2 : santé mentale et bien-être, réalisée sur un échantillon représentatif de la population canadienne (N = 36 000),

confirment clairement les liens entre le soutien social et la santé mentale (Caron et al., 2004). Les dimensions du soutien social s'avèrent parmi les prédicteurs les plus puissants de la détresse psychologique et du bien-être, tout autant chez les populations à faible revenu que chez celles se situant au-delà du faible revenu.

Les enquêtes réalisées dans d'autres pays vont dans le même sens. Par exemple, les résultats d'une étude longitudinale (4 vagues successives de données entre 1991 et 1998) réalisée en Angleterre auprès de plus de 10 000 individus âgés de 16 ans et plus indiquent qu'un faible degré de soutien social est significativement associé, dans le temps, à une plus grande probabilité de développer un degré élevé de symptômes psychiatriques (en passant d'un niveau faible à élevé; OR = 1,08,  $p < 0,05$ ), tels que mesurés par le General Health Questionnaire, mais également à une moindre probabilité de se rétablir (en passant d'un niveau élevé à faible; OR = 0.77,  $p < 0,001$ ) (Brugha et al., 2003).

### **Les populations pauvres**

Toutes les études épidémiologiques convergent à l'effet que les populations ayant un faible revenu sont les plus vulnérables en santé mentale. Le niveau socioéconomique est d'ailleurs considéré le meilleur prédicteur de la santé mentale. En effet, environ 30 % de ces populations manifestent en tout temps de la détresse psychologique, et ils constituent la majorité des bénéficiaires des services de santé mentale. Des études démontrent également que ces populations subissent plus fréquemment des événements de vie générateurs de stress (mort d'un proche, accidents, maladie, divorce, perte d'emploi) que les populations mieux nanties. De plus, de nombreuses recherches signalent, chez les populations à faible revenu, une carence dans le soutien social disponible (pour une recension de l'ensemble de ces relations, voir Tousignant et Caron, 2005).

Dans la mesure où les difficultés économiques des personnes résultent de la conjoncture économique et politique prévalente, les individus se sentent impuissants à améliorer leurs conditions de vie; ces difficultés peuvent être considérées incontrôlables. Plusieurs études, utilisant des méthodologies différentes et s'adressant à des populations économiquement défavorisées variées, suggèrent que la disponibilité de certains types de soutien spécifiques dans le réseau social, tels que l'aide matérielle, le soutien émotif et, dans une moindre mesure, le soutien de la valorisation personnelle et l'intégration sociale, permettrait à ces populations une meilleure adaptation (Bolton et Oatley, 1987; Bouchard et al., 1987; Ullah et al., 1985; Gottlieb, 1978).

Caron et al. (1998) ont comparé les perceptions de trois groupes d'individus sur le plan de la disponibilité du soutien social, soient la population générale, les prestataires d'aide sociale et les patients psychiatriques (pour la plupart psychotiques). Les résultats indiquent que les assistés sociaux sont moins satisfaits de la disponibilité du soutien que les individus provenant de la population générale. De plus, les assistés sociaux semblent aussi satisfaits que les patients psychiatriques de ces composantes de leur soutien social : le soutien émotionnel, l'aide tangible et matérielle, l'intégration sociale, le soutien de valorisation personnelle et le soutien informatif. Dans une étude ultérieure réalisée dans les quartiers de Pointe Saint-Charles et Saint-Henri à Montréal, Caron et al. (2002) ont comparé le soutien social des personnes pauvres avec celui des personnes se situant au-dessus du seuil de la pauvreté, et ce en relation avec la détresse psychologique et la qualité de vie. Or, ce n'est ni le nombre de personnes du réseau ni la densité du réseau qui est négativement relié à la détresse, mais plutôt la disponibilité du soutien social. Les personnes sans détresse, indépendamment de leur niveau économique, rapportent une plus grande disponibilité générale de soutien social que les personnes en détresse. Elles perçoivent également plus de soutien, au niveau de cinq de ses composantes, soient : le soutien émotif, l'aide tangible et matérielle, la confirmation de sa valeur, l'intégration sociale et le soutien informatif. La disponibilité du soutien émotif et la présence de relation conflictuelle dans le réseau se sont avérées les deux prédicteurs les plus puissants de la détresse chez les personnes à faible revenu, parmi la trentaine de variables étudiées. En outre, ces deux mêmes aspects, ainsi que la dimension du soutien de la valorisation personnelle, se sont montrés les meilleurs prédicteurs de la qualité de vie.

## **Dépression**

Le soutien perçu et reçu a été étudié en lien avec la dépression. Un faible niveau de soutien social est associé au développement d'un épisode dépressif majeur (EDM, Wade et Kendler, 2000) et les résultats d'une étude épidémiologique prospective (N = 7076 adultes âgés entre 18 et 64 ans provenant de la population générale), menée en Hollande auprès d'un sous-échantillon (n = 250) d'adultes ayant été ou étant actuellement aux prises avec un EDM pendant l'étude, révèlent que le manque de soutien émotif est un précurseur de la chronicité de celui-ci. Par ailleurs, le soutien social perçu provenant des amis et de la famille contribue à prédire la rémission d'un EDM, même après avoir contrôlé statistiquement l'effet de la sévérité initiale des symptômes (Nasser et Overholser, 2005). Enfin, la présence du soutien social peut aider un individu à se remettre d'un EDM (Keitner et al., 1992).

Les symptômes de dépression peuvent contribuer à l'occurrence d'interactions sociales négatives. Hammen (1991) affirme que les symptômes et les comportements des individus dépressifs peuvent causer des conflits interpersonnels qui risquent de générer des symptômes pouvant chroniciser leur état. De fait, les proches qui interagissent avec des personnes déprimées, comparativement à des personnes non déprimées, émettent plus d'énoncés négatifs et moins d'énoncés positifs (Howes et Hokanson, 1979), rapportent vivre plus d'affects négatifs (Coyne, 1976) et sont moins enclins à interagir de nouveau avec elles (Howes et Hokanson, 1979).

### **Troubles anxieux**

Les troubles anxieux ont été peu étudiés en lien avec le soutien social. Parmi ceux-ci, le trouble de stress post-traumatique est le trouble qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études concernant les effets du soutien social. Deux méta-analyses récentes (Brewin et al., 2000 ; Ozer et al., 2003) révèlent que parmi un ensemble de facteurs, le manque de soutien des proches ressort comme l'un des trois plus importants facteurs de risque de développement et de maintien de ce trouble. Les données sur le trouble panique avec ou sans agoraphobie indiquent que les patients aux prises avec un de ces troubles ont davantage tendance à rechercher du soutien social que ceux aux prises avec d'autres troubles anxieux (Vollrath et Angst, 1993). Toutefois, il y a absence de résultats concernant les effets du soutien sur le maintien ou le développement du trouble (Fokias et Tyler, 1995). Davidson et al. (1994) révèlent que les individus avec un diagnostic de phobie sociale rapportent que leur soutien social est déficient en lien avec le fait d'être écouté, de pouvoir compter sur la famille et les amis, etc., en comparaison avec un groupe d'individus sans ce trouble. Ils rapportent également avoir moins de soutien tangible, tel que de l'aide lorsqu'ils sont malades, et moins d'amis intimes. De plus, Furmark et collaborateurs (1999) rapportent que les individus avec une phobie sociale sont plus à risque de manquer de soutien social que ceux sans phobie. Il est probable que les anticipations négatives liées à ce trouble (par exemple, peur du jugement négatif des autres, peur d'être ridiculisé) et les comportements d'évitement qui en découlent accentuent la perception du manque de soutien. La littérature sur les liens entre le trouble obsessionnel-compulsif et le soutien social repose sur peu d'études. Celle de Calvocoressi et collaborateurs (1995) révèle que plus de 80 % des proches (conjoint ou parents) rapportent accommoder l'individu avec le trouble dans ses rituels, en modifiant leurs habitudes vie. Cette forme de soutien s'est avérée être significativement en lien avec un

dysfonctionnement familial, des attitudes de rejet envers le client et de la détresse chez plus de 58 % des membres de la famille. Enfin, à notre connaissance, aucune étude sur les liens spécifiques entre le trouble d'anxiété généralisée et le soutien social n'a été publiée.

### **La schizophrénie**

Dans une analyse de régression auprès 1204 patients psychiatriques dont plus du tiers avaient reçu un diagnostic de schizophrénie, Koivumaa-Honkanen et al. (1996) ont identifié que le soutien social était un des prédicteurs les plus puissants de la qualité de vie. Baker et al. (1992) ont suivi l'évolution de plus de trois cent personnes souffrant de schizophrénie pendant plusieurs années. Les résultats ont montré une augmentation de la qualité de vie chez les patients pour qui la disponibilité de soutien social s'était maintenue ou accrue au fil des ans, et ce particulièrement dans le domaine des relations intimes. Caron et al. (1998) ont comparé le soutien social et la qualité de vie de 60 personnes schizophrènes à ceux de la population générale et à des populations pauvres. Le niveau de qualité de vie de ces dernières était comparable à celui de la population générale et même supérieur à celui de la population pauvre. Toutefois, ils se sont montrés moins satisfaits sur le plan de l'intimité dans leurs relations sociales que les autres groupes. Deux prédicteurs de la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie et liés au soutien social ont été identifiés, il s'agit du soutien émotif et du soutien de valorisation personnelle. L'importance de ces deux dimensions du soutien pour la qualité de vie de ces personnes, a été confirmée par Caron et al. (2005) dans une étude auprès de 143 personnes souffrant de schizophrénie. Ces deux prédicteurs se sont montrés les meilleurs parmi 16 variables incluses dans un modèle de prédiction (démographiques, cliniques, stressseurs, coping, sévérité des symptômes, soutien social). Lecomte et al. (2004) ont identifié, avec le même groupe de patients, que le soutien d'intégration sociale était un des meilleurs prédicteurs de l'adaptation des personnes souffrant de schizophrénie.

### **Le genre**

La santé psychologique des femmes serait davantage liée au soutien des proches que celle des hommes (Flaherty et Richman, 1989) et les femmes sont plus susceptibles de recevoir du soutien que les hommes (Vaux, 1988). De leur côté, les hommes percevraient le soutien comme utile pour accomplir une tâche, mais ils auraient moins tendance à partager leurs émotions (Veroff et al., 1981). D'autre part, les résultats d'une enquête auprès de la population québécoise indiquent que chez les 25 à 64 ans, plus d'hommes que de femmes se classent au niveau faible

de l'indice de soutien social (Julien et al., 2000). De plus, les données de nombreuses études montrent que les hommes font moins appel à de l'aide professionnelle que les femmes quand ils sont aux prises avec un problème de santé mentale tel que la dépression ou l'abus de substance (Addis et Mahalik, 2003). Ainsi, les femmes semblent bénéficier et avoir davantage de soutien que les hommes et ont davantage tendance à recourir aux services de santé quand elles vivent un problème de santé mentale. Conséquemment, il paraît essentiel de tenir compte du genre dans l'analyse de l'impact du soutien social sur la santé mentale.

### **Les interactions sociales négatives**

Le soutien social positif peut contribuer à diminuer l'impact négatif de divers stressseurs sur la santé mentale. Inversement, les interactions sociales négatives avec les membres de l'entourage peuvent exacerber les problèmes de santé mentale. Le modèle théorique de l'atténuation du stress (*stress buffering model*) est le modèle de soutien social le plus exhaustif et le plus étudié en lien avec la santé (Lakey et Cohen, 2000). Néanmoins, il présente une limite dans l'explication du lien entre le soutien social et la santé mentale, en ne tenant pas compte des effets des interactions négatives avec les proches alors que ces dernières sont plus fortement liées que les interactions positives à la santé psychologique des individus (Rook, 1984 ; Sarason et al., 1993 ; Fiore et al., 1983) et à leur qualité de vie (Helgeson, 2003), et que leurs effets sur la santé psychologique sont indépendants de ceux des interactions positives (Abbey et al., 1985 ; Rook, 1984).

Les résultats d'une étude réalisée avec les données du National Comorbidity Survey (N = 4688 adultes : Kessler et al., 1997) indiquent que les interactions sociales négatives (par exemple, conflits, critiques, demandes excessives, etc.) avec l'entourage (conjoint, famille et amis) sont significativement et plus fortement associées avec la présence d'épisodes d'anxiété et de dépression que les interactions de soutien positives (par exemple, appréciation, attention, aide pour résoudre des problèmes, etc.) (Bertera, 2005). Il est intéressant de constater que ces résultats ont été obtenus après avoir contrôlé statistiquement l'effet de diverses variables socio-démographiques et de la qualité de la santé physique perçue.

### **Les interventions favorisant le développement du soutien social**

Hogan et al. (2002) ont effectué une recension des écrits portant sur l'évaluation des interventions de soutien social auprès de personnes aux prises avec divers problèmes (par exemple : alcoolisme, troubles

alimentaires, infarctus du myocarde, adolescentes enceintes, patients psychiatriques, dépression chronique, etc.). Les stratégies d'intervention étudiées consistaient à augmenter la compréhension des proches vis-à-vis le problème, à modifier les attitudes dysfonctionnelles qui interfèrent avec le soutien social donné ou reçu, à renforcer les liens avec les membres positifs du réseau, etc. Les études recensées semblent soutenir l'efficacité de ces interventions. En effet, des 100 projets de recherche à l'étude, 83 % rapportent que les interventions de soutien ont au moins certains effets bénéfiques par rapport au groupe contrôle ou à l'absence de traitement. Ces résultats concernent les interventions individuelles et de groupe, dirigées par les proches et par les professionnels. Malheureusement, il ne semble pas y avoir de consensus à savoir si un type d'intervention convient le mieux à une population particulière, ce qui donne peu d'indications aux cliniciens. Néanmoins, une adaptation de certaines stratégies peut être effectuée.

Cutrona et Cole (2000) ainsi qu'Hogan et al. (2002) suggèrent que les interventions de soutien devraient impliquer les membres du réseau naturel, les individus recherchant plus souvent l'aide informelle et le soutien dans l'environnement immédiat. Selon Cutrona et Cole (2000), le but premier des interventions auprès du réseau de soutien naturel consiste à améliorer la qualité et la fréquence du soutien des proches. L'augmentation du soutien offert et de sa qualité peut se faire en intervenant à la fois auprès du patient et auprès des proches. Si le problème en est un d'interactions sociales négatives ou inappropriées, il peut alors s'avérer nécessaire de favoriser les interactions dans le milieu et non simplement d'offrir du soutien positif. Il peut ainsi être intéressant d'engager un ou des proches significatifs dans le processus thérapeutique dans le but d'interrompre les échanges négatifs. Si le problème touche plutôt la perception du soutien, il devient alors essentiel d'entraîner l'individu à interpréter de façon plus juste le soutien disponible et à développer des interactions plus satisfaisantes (Hogan et al., 2002). Enfin, il est important de favoriser le développement de nouveaux liens. Ainsi, il pourrait être pertinent pour le patient de participer à un groupe de soutien avec des individus ayant des difficultés similaires.

### **Recommandations aux cliniciens**

Les habiletés des proches à offrir un soutien adéquat à un patient peuvent être bonifiées par l'entremise de la psycho-éducation sur le trouble de santé mentale, de la modification des attentes irréalistes concernant l'évolution du trouble, d'une meilleure connaissance des comportements d'aide pertinents et de l'encouragement à communiquer



ouvertement au sujet des difficultés. Une liste de recommandations inspirée de Cutrona et Cole (2000) est proposée afin d'orienter les cliniciens oeuvrant auprès de personnes aux prises avec un problème de santé mentale pour mieux intégrer, dans leur pratique, des stratégies d'évaluation et d'intervention liées au soutien social :

1. Évaluer rapidement et constamment l'impact du soutien reçu ou perçu sur le développement et le maintien des symptômes chez le patient.
2. Évaluer l'impact de l'événement traumatique et des problèmes de santé mentale chez les proches, ainsi que leurs habiletés, leurs capacités ou incapacités à fournir du soutien nécessaire et adéquat.
3. Évaluer avec quelles caractéristiques du soutien (recherche, perceptions ou obtention de soutien), le patient éprouve des difficultés.
4. Utiliser différents outils d'évaluation du soutien social chez le patient et les proches afin de bien circonscrire la fréquence, la qualité, la réception du soutien social recherché, reçu ou donné.
5. S'assurer que le patient a accès à un réseau adéquat de soutien social.
6. Si nécessaire, développer avec le patient des habiletés à exprimer ses émotions à ses proches, à s'affirmer aux niveaux de ses besoins, à rechercher activement le soutien social et à renforcer les liens avec les membres positifs du réseau.
7. Intégrer, si nécessaire, les proches significatifs du patient dans le processus thérapeutique, soit au niveau éducationnel, comme co-thérapeute, etc.
8. Développer avec les proches, si nécessaire, des façons de changer leurs attitudes, d'améliorer leurs habiletés d'interaction, d'augmenter la communication et de coordonner les responsabilités.
9. Vérifier s'il n'est pas contre productif d'intégrer des proches dans le processus thérapeutique. Si c'est le cas, demander au patient d'affaiblir les liens avec les membres destructeurs du réseau.
10. Fournir du soutien aux proches.

## Références

- ABBEY, A., ABRAMIS, D. J., CAPLAN, R. D., 1985, Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being, *Basic and Applied Social Psychology*, 6, 111-129.
- ADDIS, M. E., MAHALIK, J. R., 2003, Men, masculinity, and the contexts of help seeking, *American Psychologist*, 58, 5-14.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>e</sup> éd.), Washington, DC.
- ANDREWS, B., BREWIN, C. R., ROSE, S., 2001, *The Role of Social Support in the Prediction of PTSD in Victims of Violent Crime*, Symposium presented au World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver.
- ANDREWS, G., TENNANT, D., HEWSON, V., 1978, Life stress, social support, coping style and risk of psychological impairment, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 307-316.
- ANDRYKOWSKY, M. A., CORDOVA, M. J., 1998, Factors associated with PTSD symptoms following treatment for breast cancer: Test of the Andersen model, *Journal of Traumatic Stress*, 11, 189-203.
- ARNER, H. M., ABOU-EZZEDINE, T., BOLLINGER, A. R., 2000, *Relationship Between Anger and PTSD Symptomatology, Social Support, and Locus of Control*, Poster présenté à la 34<sup>e</sup> convention annuelle de l'AABT, New Orleans, LA.
- BAKER, F., JODREY, D., INTAGLIA J., 1992, Social support and quality of life of community support clients, *Community Mental Health Journal*, 28, 397-311.
- BARKER, C., PISTRANG, N., SHAPIRO, D. A., SHAW, I., 1990, Coping and help seeking in the UK adult population, *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 271-285.
- BARRERA, M. JR., CHASSIN, L., ROGOSCH, F., 1993, Effects of social support and conflict on adolescent children, *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 602-612.
- BARRERA, M., 1981, Social support in the adjustment of pregnant adolescents, in Gottlieb, B.H., éd., *Social Networks and Social Support*, Beverly Hills, Sage, 69-96.
- BARRETT, T. W., MIZES, J. S., 1988, Combat level and social support in the development of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans, *Behavior Modification*, 12, 100-115.

- BAUMEISTER, A. M., LEARY, M. R., 1995, The need to belong : Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation, *Psychological Bulletin*, 117, 497-529.
- BEISER, M., TURNER, R. J., GANESAN, S., 1989, Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees, *Social Science and Medicine*, 28, 183-195.
- BELLE, D., 1987, Gender differences in the social moderators of stress, in Barnett, R.S., Biener, L. Baruch, G.K., éd., *Gender and Stress*, New York, Free Press, 257-277.
- BERKMAN, L. F., SYME, L. S., 1985, The relationship of social networks and social support to morbidity and mortality, in Cohen, S. and Syme, L.S., éd., *Social Support and Health*, Academic Press.
- BERTERA, E. M., 2005, Mental health in U.S. adults : The role of positive social support and social negativity in personal relationships, *Journal of Social and Personal Relationships*, 22, 33-48.
- BIEGEL, D. E., NAPARSTEK, A. J., KHAN, M. M., 1982, Social support and mental health in a ethnic neighbourhoods, in Biegel, D.E. and Naparstek, A., éd., *Community Support Systems and Mental Health*, New York, Springer.
- BLANCHARD, E. B., HICKLING, E. J., 1997, *After the Crash : Assessment and Treatment of Motor Vehicle Accident Survivors*, Washington, DC, American Psychological Association.
- BOLTON, W., OATLEY, K., 1987, A longitudinal study of social support and depression in unemployed men, *Psychological Medicine*, 17, 453-460.
- BOUCHARD, C., CHAMBERLAND, C., BEAUDRY, J., 1987, Les mauvais traitements envers les enfants : une étude des facteurs macro et micro-économiques, in Guay, J., éd., *Manuel québécois de psychologie communautaire*, Chicoutimi, Gaëtan Morin.
- BRENNAN, T., 1982, Loneliness at adolescence, in Pepleau, L.A., Perlman, D., éd., *Loneliness : A Sourcebook of Current Theory Research and Therapy*, New York, Wiley.
- BREWIN, C. R., ANDREWS, B., VALENTINE, J. D., 2000, Meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- BROWN, G. W., BHROLCHAIN, M. N., HARRIS, T. O., 1975, Social class and psychiatric disturbance among women in an urban population, *Sociology*, 9, 225-254.

- BRUGHA, T. S., 1988, Social support, *Current opinion in Psychiatry*, 1, 206-211.
- BRUGHA, T. S., MORGAN, Z., BEBBINGTON, R., JENKINS, R., LEWIS, G., FARRELL, M., MELTZER, H., 2003, Social support networks and type of neurotic symptom among adults in British households, *Psychological Medicine*, 33, 307-318.
- BUSS, D. M., 1996, The evolutionary psychology of human social strategies, in Higgins, E. T., Kruglanski, A.W., éd., *Social Psychology: Handbook of Basic Principles*, New York, Guilford, 3-38.
- CALVOCORESSI, L., LEWIS, B., HARRIS, M., TRUFAN, S. J., GOODMAN, W. K., MCDUGLE, C. J., PRICE, L. H., 1995, Family accommodation in obsessive-compulsive disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152, 441-443.
- CAPLAN, G., KILLILEA, M., 1976, *Support System and Mutual Help: Multi-disciplinary Explorations*, New York, Grune and Stanton.
- CARON, J., 1996a, Una teoria ecologica de la intervencion comunitaria: acceso y conservacion de los recursos, *Intervencion psicosocial*, 14, 53-68.
- CARON, J., 1996b, L'Échelle de Provisions Sociales : la validation québécoise du Social Provisions Scale, *Santé mentale au Québec*, 11, 2, 158-180.
- CARON, J., LATIMER, E., TOUSIGNANT, M., 2002, Predictors of psychological distress and quality of life in disadvantaged socio-economic populations of Montreal, *Journal of Urban Health*, 79, 4, S60-S61.
- CARON, J., LATIMER, E., TOUSIGNANT, M., RAYNAULT, M.-F., HUANG, J. H., 2004, *The Mental Health and Well-being of Poor Populations in Canada*, Présenté au X<sup>e</sup> Congrès de l'International Federation of Psychiatric Epidemiology, Bristol, Angleterre, Septembre.
- CARON, J., LECOMTE, Y., STIP, E., RENAUD, S., 2005, Predictors of quality of life in schizophrenia, *Community Mental Health Journal*, 41, 4, 399-417.
- CARON, J., TEMPIER, R., MERCIER, C., LÉOUFFRE, P., 1998, Components of social support and quality of life, in long term psychiatric patients, in low income individuals and in general population, *Community Mental Health Journal*, 34, 5, 459-475.
- CASSEL, J., 1976, The contribution of the social environment to host resistance, *American Journal of Epidemiology*, 104, 107-123.
- CATALANO, R., 1979, *Health, Behaviour and the Community: an Ecological Perspective*, New York, Pergamon Press.
- COBB, S., 1976, Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine*, 38, 300-314.

- COHEN, S., GOTTLIEB, B. H., UNDERWOOD, L. G., 2000, Social relationships and health, in Cohen, S., Underwood, L. G., Gottlieb, B. H., édés., *Social Support Measurement and Intervention*, New York, Oxford University Press, 3-25.
- COHEN, S., HOBERMAN, H., 1983, Positive events and social support as buffers of life change stress, *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 99-125.
- COHEN, S., MACKAY, G., 1984, Social support, stress, and the buffering hypothesis: An empirical and theoretical analysis, in Baum, A., Singer, J. E., Taylor, S. E., édés., *Handbook of Psychology and Health*, vol. 4, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 253-267.
- COHEN, S., MERMELSTEIN, R., KARMACK, T., HOBERMAN, H. N., 1985, Measuring the functional components of social support, in Sarason, I.G., Sarason, B.R., édés., *Social Support: Theory, Research and Applications*, Dordrecht, Netherlands, Martinus Nijhoff.
- COHEN, S., SYME, S. L., 1985, Issues in the study and application of social support, in Cohen, S., Syme, S.L., édés., *Social Support and Health*, New York, Academic Press, 3-22.
- COHEN, S., WILLS, T. A., 1985, Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- COHEN, S., WILLS, T. H., 1985, Stress, social support and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- COOK, J. D., BICKMAN, L., 1990, Social support and psychological symptomatology following a natural disaster, *Journal of Traumatic Stress*, 3, 541-556.
- COYNE, J. C., 1976a, Toward an interactional description of depression, *Psychiatry*, 39, 28-40.
- COYNE, J. C., 1976b, Depression and the response of others, *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- COYNE, J. C., DELONGIS, A., 1986, Going beyond social support: The role of social relationships in adaptation, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 454-460.
- COYNE, J. C., DOWNEY, G., 1991, Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes, *Annual Review of Psychology*, 42, 401-425.
- COYNE, J. C., FISKE, V., 1992, Couples coping with chronic and catastrophic illness, in Akamatsu, T. J., Stephens, M. A. P., Hobfoll, S. E., Crowther, J.H., édés., *Family Health Psychology*, Washington, DC, Hemisphere, 129-149.

- COYNE, J. C., WORTMAN, C. ET LEHMAN, D., 1988, The other side of support : Emotional overinvolvement and miscarried helping, in Gottlieb, B., éd., *Social Support: Formats, Processes, Effects*, Beverly Hills, CA, Sage, 303-305.
- CUTRONA, C. A., 1989, Behavioral manifestation of social support: a micro-analytic study, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 201-208.
- CUTRONA, C. E., RUSSELL, D. W., 1990, Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching, in Sarason, B.R. et al., éd., *Social Support, An Interactionnal View*, New York, John Wiley and Sons.
- CUTRONA, C. E., COLE, V., 2000, Optimizing support in the natural network, in Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H., éd., *Social Support Measurement and Intervention*, New York, Oxford University Press, 278-308.
- CUTRONA, C. E., RUSSELL, D. W., 1987, The provisions of social support and adaptation to stress, *Advance in Personal Relationship*, 1, 37-67.
- CUTRONA, C. E., RUSSELL, D., 1990, Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching, in Sarason, B. R., Sarason, I. G., Pierce, G.R., éd., *Social Support: An Interactional View*, New York, Wiley, 319-366.
- CUTRONA, C. E., SUHR, J. A., 1992, Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviours, *Communication Research*, 19, 154-174.
- DAKOF, G. A., TAYLOR, S. E., 1990, Victim's perceptions of social support: What is helpful from whom?, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 80-89.
- DAVIDSON, J. R. T., HUGHES, D. L., GEORGE, L. K., BLAZER, D. G., 1994, The boundary of social phobia: Exploring the threshold, *Archives of General Psychiatry*, 51, 975-983.
- DE MAN, A. F., BALKOU, S., IGLESIAS, R. I., 1986, Une version canadienne-française du Questionnaire sur le Soutien Social, *Santé mentale au Québec*, 11, 199-202.
- DOHRENWEND, B. P., DOHWENREND, B. S., 1969, *Social Status and Psychological Disorders: a Causal Inquiry*, New York, Wiley.
- DOHRENWEND, B. P., DOHWENREND, B. S., 1974, Social and cultural influences on psychopathology, *American Review of Psychology*, 25, 417-451.
- DOHRENWEND, B. P., DOHWENREND, B. S., 1978, Some issues on research on stressfull life events, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 7-15.

- DOHRENWEND, B. P., DOHWENREND, B. S., 1981, Socioenvironnemental factors, stress, and psychopathology, *American Journal of Community Psychology*, 9, 128-129.
- DUNKEL-SCHETTER, C., BENNETT, T. L., 1990, Differentiating cognitive and behavioral aspects of social support, in Sarason, I. G., Sarason, B. R., Pierce, G. R., éd., *Social Support: An Interactional View*, New York, Wiley, 267-296.
- FIGORE, J., BECKER, J., COPPEL, D. A. B., 1983, Social network interactions: A buffer or a stress? *American Journal of Community Psychology*, 11, 423-440.
- FLAHERTY, J., RICHMAN, J., 1989, Gender differences in the perception and utilization of social support: Theoretical perspectives and an empirical test, *Social Science and Medicine*, 28, 1221-1228.
- FOKIAS, D., TYLER, P., 1995, Social support and agoraphobia: A review, *Clinical Psychology Review*, 15, 347-366.
- FURMARK, T., TILLFORS, M., EVERZ P.-O., MARTEINSDOTTIR, I. I., GEVERT, O., FREDRIKSON, M., 1999, Social phobia in the general population: Prevalence and sociodemographic profile, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 416-424.
- Gottlieb, B. H., 1978, The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours, *Canadian Journal of Behavioral sciences*, 10, 105-135.
- HAMMEN, C. L., 1991, The generation of stress in the course of unipolar depression, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 647-656.
- HELGESON, V. S., 1993, Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received, *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 825-845.
- HELGESON, V. S., 2003, Social support and quality of life, *Quality of Life Research*, 12, Suppl. 1, 25-31.
- HELLER, K., SWINDLE, R. W. JR., DUSENBERY, L., 1986, Component social support processes: Comments and integration, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 4, 466-470.
- HENDERSON, S., DUNCAN-JONES, P., BYRNE, D., 1980, Measuring social relationships: The Interview Schedule for Social Interaction, *Psychological Medicine*, 10, 723-734.
- HOBFOLL, S. E., 1989, Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress, *American Psychologist*, 44, 513-524.

- HOGAN, B. E., LINDEN, W., NAJARIAN, B., 2002, Social support interventions : Do they work ? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.
- HOLMES, T. H., RAHE, R. H., 1967, The Social Readjustment Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- HOUSE, J. S., KAHN, R. L., 1985, Measures and concepts of social support, in Cohen, S., Syme, S.L., éd., *Social Support and Health*, Orlando, FL, Academic Press.
- HOWES, M. J., HOKANSON, J. E., 1979, Conversational and social responses to depressive interpersonal behavior, *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 625-634.
- JOSEPH, S., WILLIAMS, R., YULE, W., 1997, *Understanding Post-traumatic Stress : A Psychosocial Perspective on PTSD and Treatment*, Chichester, England, Wiley.
- KAPLAN, R. M., SALLIS, J. F. JR., PATTERSON, T. L., 1993, *Health and Human Behaviour*, New York, McGraw Hill.
- KEITNER, G. I., RYAN, C. E., MILLER, I. W., NORMAN, W. H., 1992, Recovery and major depression : Factors associated with twelve-month outcome, *American Journal of Psychiatry*, 149, 93-99.
- KESSLER, R. C., SHANYANG, Z., BLAZER, D. G., SWARTZ, M., 1997, Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the national comorbidity survey, *Journal of Affective Disorders*, 45, 19-30.
- KOIVUMMAA-HONKANEN, H.-T., VIINAMÄKI, H., HONKANEN, R., TRANSCANEN, A., ANTIKAINEN, R., NISKANEN, L., JÄÄSKELÄILEN, J., LEHTONEN, J., 1996, Correlates of life satisfaction among psychiatric patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 372-378.
- KRAUSE, N., 1986, Chronic, financial strain, social support, and depressive symptoms among older adults, *Psychology and Aging*, 2, 185-182.
- LAKEY, B., CASSADY, P. B., 1990, Cognitive processes in perceived social support, *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 337-343.
- LAKEY, B., COHEN, S., 2000, Social support theory and measurement, in Cohen, S., Underwood, L. G., Gottlieb, B. H., éd., *Social Support Measurement and Intervention : A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press, 29-52.
- LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.
- LEARY, M. R., DOWNS, D. L., 1995, Interpersonal functions of the self-esteem motive : The self-esteem system as a sociometer, in Kernis, M.H., éd., *Efficacy, Agency, and Self-esteem*, New York, Plenum, 123-144.



- LECOMTE, Y., CARON, J., STIP, E., RENAUD, S., 2004, Exploratory study on adaptation of people with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 72, 2-3, 283-285.
- MERMELSTEIN, R., COHEN, S., LICHTENSTEIN, E., BAER, J. S., KARMACK, 1986, Social support and smoking cessation and maintenance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 447-453.
- NASSER, E. H., OVERHOLSER, J. C., 2005, Recovery from major depression : The role of support from family, friends, and spiritual beliefs, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 125-132.
- OZER, E. J., BEST, S. R., LIPSEY, T. L., WEISS, D. S., 2003, Predictors of post-traumatic stress disorder and symptoms in adults : A meta-analysis, *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- PARK, R., BURGESS, E., 1926, *The City*, University of Chicago Press.
- PASH, L. A., BRADBURY, T. N., 1998, Social support, conflict, and the development of marital dysfunction, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 219-230.
- PROCIDANO, M. E., HELLER, K., 1983, Measures of perceived social support from friends and from family : Three validation studies, *American Journal of Community Psychology*, 11, 1-24.
- RICARD, N., FORTIN, F., 1993, *Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé des soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental*, Rapport de recherche, Université de Montréal.
- ROOK, K. S., 1984, The negative side of social interaction : Impact on psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 109-118.
- SARASON, B. R., PIERCE, G. R., BANNERMAN, A., SARASON, I. G., 1993, Investigating the antecedents of perceived social support : Parents' view of and behavior toward their children, *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1071-1085.
- SARASON, B. R., PIERCE, G. R., SARASON, I. G., 1990, Social support : The sense of acceptance and the role of relationships, in Sarason, B.R., Sarason, I.G., Pierce, G.R., eds., *Social Support : An Interactional View*, New York, Wiley, 9-25.
- SARASON, I. G., LEVINE, H. M., BASHAM, R. B., SARASON, B. R., 1983, Assessing social support : The social support questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.

- SCHAEFFER, C., COYNE, J., LAZARUS, R., 1981, The health-related functions of social support, *Journal of Behavior Medicine*, 4, 381-406.
- THOITS, P. A., 1985, Social support processes and psychological well-being : Theoretical possibilities, in Sarason, I.G., Sarason, B., eds., *Social Support: Theory, Research and Applications*, The Hague, Martinus Nijhoff, 51-72.
- TILDEN, V. P., GALYEN, R. D., 1987, Cost and conflict : The darker side of social support, *Western Journal of Nursing Research*, 9, 1, 9-18.
- TOUSIGNANT, M., CARON, J., 2005, Quand le malheur frappe les bénéficiaires de la sécurité du revenu. Sur qui peuvent-ils s'appuyer ? *Santé mentale au Québec*, 30, 2, 85-99.
- ULLAH, P., BANKS, M., WARR, P., 1985, Social support, social pressures and psychological distress during unemployment, *Psychological Medicine*, 15, 283-295.
- ULLMAN, S. E., 2000, Psychometric characteristics of the social reactions questionnaire : A measure of reactions to sexual assault victims, *Psychology of Woman Quarterly*, 24, 257-271.
- VAUX, A., 1988, *Social Support : Theory, Research and Intervention*, New York, Praeger.
- VAUX, A., HARRISON, D., 1985, Support network characteristics associated with support satisfaction and perceived support, *American Journal of Community Psychology*, 13, 245-268.
- VEROFF, J., DOUVAN, E., KULKA, R., 1981, *The Inner American : A Self-portrait from 1957-1976*, New York, Basic Books.
- WADE, T. D., KENDLER, K. S., 2000, The relationship between social support and major depression : cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 251-258.
- WEISS, R. S., 1973, Material for a theory of social relationship, in Bennis, W., Berlow, D., Schein, E., Steele, S.F., eds., *Interpersonnal Dynamics*, Homewood, Illinois, Dorsey.
- WILLS, T. A., SHINAR, O., 2000, Measuring perceived and received social support, in Cohen, S., Underwood, L.G., Gottlieb, B.H., eds., *Social Support Measurement and Intervention : A Guide for Health and Social Scientists*, New York, Oxford University Press, 86-135.

## ABSTRACT

### **Social support and mental health: concept, measures, recent studies as well as implications for clinicians**

This article's first objective is to better situate the concept of social support within the vast field of social relations. The authors then describe theoretical models allowing to explain the importance of social support in mental health as well as the implications within the context of the intervention, the various measures of social support, their respective values and the major instruments which have been developed in order to apprehend them. Recent studies then allow to illustrate the narrow links between mental health and social support identified in population and clinical studies. In conclusion, the authors present interventions that favor the development of social support and propose recommendations for clinicians.

## RESUMEN

### **Apoyo social y salud mental: concepto, medidas, investigaciones recientes e implicaciones para los médicos clínicos.**

Este artículo busca primero situar el concepto de apoyo social en el vasto campo de las relaciones sociales. Los autores abordan enseguida los modelos teóricos que permiten explicar la importancia del apoyo social para el mantenimiento de la salud mental y sus implicaciones en el contexto de la intervención, las diferentes medidas de apoyo social, sus valores respectivos y los principales instrumentos que han sido desarrollados para aprehenderlos. Las investigaciones recientes permiten después ilustrar las relaciones estrechas entre la salud mental y el apoyo social, identificadas en las encuestas poblacionales y clínicas. En conclusión, los autores presentan las intervenciones que favorecen el desarrollo del apoyo social y formulan las recomendaciones dirigidas a los médicos clínicos.

## RESUMO

### **Apoio social e saúde mental: conceito, medidas, pesquisas recentes e implicações para clínicos**

Este artigo visa, antes de mais nada, situar o conceito de apoio social no vasto campo das relações sociais. Os autores abordam modelos teóricos que permitem explicar a importância do apoio social para a conservação da saúde mental e suas implicações no contexto da intervenção, as diferentes medidas do apoio social, seus valores respectivos e

os principais instrumentos que foram desenvolvidos para apreendê-los. Pesquisas recentes permitem ilustrar as relações estreitas entre a saúde mental e o apoio social identificados nas sondagens populacionais e clínicas. Em conclusão, os autores apresentam intervenções que favorecem o desenvolvimento do apoio social e fazem recomendações direcionadas aos clínicos.